

TAKE CHARGE

Servicios de Planificación Familiar de Louisiana

Cómo solicitar

① En Internet –

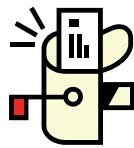
www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov.

Los servicios de planificación familiar se disponen para muchas mujeres de entre 19 y 44 años de edad a través de TAKE CHARGE, un programa del estado de Louisiana.



② Por correo –

TAKE CHARGE
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA
70821-9278



¿Cuáles son los servicios de planificación familiar?

Planificación familiar ayuda a una mujer a evitar un embarazo inesperado. El tiempo entre partos aumenta las posibilidades de supervivencia del niño y permite a la madre planificar mejor para sus hijos y para ella misma. La planificación familiar es un modo importante con el que las mujeres pueden **TOMAR CONTROL** de sus vidas.



③ Fax – 1-877-523-2987 (gratis)

④ En persona –

Puede ir a la oficina de Medicaid local. Llame al **1-888-342-6207** para obtener la información de la oficina más cercana o visite nuestro sitio web www.TAKECHARGE.DHH.Louisiana.gov.

Número de miembros de familia	Ingresos semanales	Ingresos mensuales	Ingresos hasta Marzo 31, 2011
1	\$452	\$1,805	
2	\$608	\$2,429	
3	\$763	\$3,052	
4	\$919	\$3,675	
5	\$1,075	\$4,299	
6	\$1,231	\$4,922	
Más de 6	Por cada persona adicional, agregue \$624 al monto mensual.		

¿Cuáles servicios están cubiertos?

- ★ Cuatro evaluaciones físicas anuales y análisis de laboratorio
- ★ Consejería sobre anticonceptivos
- ★ Productos anticonceptivos que requieren receta, como píldoras, parches, inyecciones, IUDs y diafragmas
- ★ Procedimientos de esterilización

Preguntas

Si usted necesita asistencia para llenar la solicitud o para obtener los comprobantes necesarios, por favor llámenos al **1-877-252-2447**. Si usted es sordo o tiene problemas para oír y tiene un teléfono de texto TTY, llame al **1-800-220-5404**.

NO inscripción, NO mensualidades, NO pago compartido, NO deducibles

¿Quién califica?

Mujeres de 19 a 44 años de edad que:

- ★ no tienen Medicaid u otro seguro médico que cubre planificación familiar
- ★ no está embarazada; y
- ★ no ha tenido un procedimiento que prevenga el embarazo, como la histerectomía

Si usted ya tiene Medicaid, usted ya califica para servicios de planificación familiar.

SOLICITUD

Sus derechos

Si usted considera que la decisión que tomamos es injusta, no es correcta o es tomada muy tarde, puede apelar de las siguientes formas:

- ✓ Llame a la oficina de Medicaid/TAKE CHARGE al 1-888-342-6207 O
- ✓ Escriba a LA DHH Bureau of Appeals P. O. Box 4183 Baton Rouge, LA 70821-4183



Si usted quiere una solicitud en español o quiere a hablar con un representante, llame al 1-877-252-2447.

Nếu quý vị cần đơn tiếng Việt hoặc tham khảo với nhân viên người Việt, Xin gọi số điện thoại miễn phí 1-877-252-2447.

TAKE CHARGE es un programa de igualdad de oportunidades

No podemos tratarle diferente por razones de raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas. Si considera que lo hemos hecho:

- ✓ Llame a: U.S. DHHS Regional Office for Civil Rights in Dallas, TX al 1-800-368-1019 O
- ✓ Escriba al LA Department of Health & Hospitals P. O. Box 4818 Baton Rouge, LA 70821-4818 O
- ✓ Llame o escriba a la oficina de Medicaid al 1-888-342-6207, TTY 1-800-220-5404.

Este documento público fue publicado con un costo total de \$2,398.40. Cinco mil (5,000) copias de este documento fueron publicadas en la primera impresión a un costo de \$2,398.40. El costo total de todas las impresiones de este documento, incluidas las reimpressions fue de \$2,239.40. Este documento fue publicado por Office of State Printing, 950 Brickyard Lane, Baton Rouge, LA 70804 con el propósito de asesorar a los solicitantes, beneficiarios y otras personas acerca de los servicios de planificación familiar disponible a través del Programa Take Charge bajo la autoridad de 42 CFR 435.905 (a)(1). Este material fue impreso de acuerdo con los estándares para impresión por agencias del estado, establecido de acuerdo a R.S. 43:31. Este material fue impreso de acuerdo con los estándares para impresión por agencias del estado, establecido de acuerdo a R.S.



1-888-342-6207

Solicite por internet

www.TAKECHARGE.DHH.Louisiana.gov

Departamento de Salud y Hospitalales de Louisiana

TAKE CHARGE

Solicitud para el Programa de Planificación

Mujeres de 19 a 44 años de edad: Utilice este formulario para solicitar servicios de planificación de familia.



Cómo solicitar:

1. **Llene y firme esta solicitud. Use tinta negra.** Si necesita espacio adicional para responder, use una hoja de papel.
2. **Obtenga los comprobantes que necesitamos.** Vea una lista comenzando en la página 5.
3. **Envíenos la solicitud y los comprobantes inmediatamente. Nosotros le daremos tiempo adicional para obtener los comprobantes**

Dónde enviar la solicitud y los comprobantes.

Enviar por correo a: P.O. Box 91278, Baton Rouge, LA 70821-9278

Enviar por fax a: 1-877-523-2987 (gratis)

Entregarlos en: Su oficina local de Medicaid o en un centro de solicitudes. Para la oficina más cercana llame al 1-877-252-2447. Si usted es sordo o tiene problemas de oído y tiene un teléfono de texto TTY, llame al 1-800-220-5404.

¿Qué idioma escribe mejor? Inglés Español Vietnamita Otro _____
¿Qué idioma habla mejor? Inglés Español Vietnamita Otro _____

1. Cuéntenos sobre usted – La mujer que desea servicios del programa de planificación familiar.

Su nombre _____

primo

inicial del segundo

apellido de soltera

apellido de casada

Dirección de su casa _____

número y calle O casilla de correo

número de apartamento/lote

ciudad

estado

código postal

Dirección de Correo (si es diferente) _____

número y calle O casilla de correo

número de apartamento/lote

ciudad

estado

código postal

Su número de seguro social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento _____

Mes

Día

Año

Condado donde usted vive _____ Dirección de E-mail _____

Teléfono de su casa (_____) _____ Teléfono celular (_____) _____ Teléfono de día (_____) _____

Estado civil: Casada Soltera Separada Divorciada Viuda

Raza/Antecedentes étnicos (*No tiene que contestar. Puede marcar más de uno.*) Blanco Negro Asiático
 Indio Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico Hispano o Latino

Si usted tiene preguntas o necesita ayuda con esta solicitud, llame a Medicaid al 1-877-252-2447. Si usted es sordo o tiene problemas de oído y tiene un teléfono de texto TTY, llame al 1-800-220-5404. ESTAS LLAMADAS SON GRATIS

2. Embarazo

- A. ¿Está usted embarazada? Sí No
B. ¿Estuvo usted embarazada en los últimos tres meses? Sí No

3. Ciudadanía o estado migratorio

A. ¿Es usted ciudadana de los Estados Unidos? Sí – Pase a la B No – Responda la pregunta siguiente

¿Es usted una residente legal permanente? Sí No Fecha de entrada al país _____

Número de tarjeta de residencia permanente (green card#): A# _____

B. Díganos dónde nació usted.

Ciudad _____ Estado _____ País _____

Nombre de su madre (primer nombre, inicial del segundo, apellido) _____

Apellido de soltera de su madre _____

4. Díganos sobre las personas que viven con usted – Liste a su esposo primero (si es casada) y luego a los niños menores de 18 años. Si nadie vive con usted, pase a la pregunta 5.

Si hay más de cuatro personas, utilice una hoja aparte. Los números de seguro social deben proveerse para el cónyuge, hijos y cualquier persona que reciba Medicaid.

Nombre (Primer nombre, inicial del segundo, apellido) _____

Fecha de Nacimiento (mes, día, año) _____ Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Relación con usted: Cónyuge Hijo/a Hijastro/a Nieto/a Otro: _____

Nombre (Primer nombre, inicial del segundo, apellido) _____

Fecha de Nacimiento (mes, día, año) _____ Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Relación con usted: Cónyuge Hijo/a Hijastro/a Nieto/a Otro: _____

Nombre (Primer nombre, inicial del segundo, apellido) _____

Fecha de Nacimiento (mes, día, año) _____ Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Relación con usted: Cónyuge Hijo/a Hijastro/a Nieto/a Otro: _____

Nombre (Primer nombre, inicial del segundo, apellido) _____

Fecha de Nacimiento (mes, día, año) _____ Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Relación con usted: Cónyuge Hijo/a Hijastro/a Nieto/a Otro: _____

5. Seguro Médico

¿Tiene seguro médico? Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 6

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha inicial de cobertura _____

Nombre y número de teléfono de la compañía de seguros _____

Número de póliza _____ Número de grupo _____

Cubre: Hospital Doctor Medicina Dental Ambulancia Embarazo Planificación de familia

6. Procedimientos médicos

Ha tenido usted algún procedimiento médico que no le permite quedar embarazada, como ligadura de trompas o una histerectomía? Sí No

Si sí, usted no puede obtener servicios de planificación familiar a través del programa de TAKE CHARGE.

7. Ingresos del trabajo

¿Trabaja alguien (usted, su esposo, o sus hijos menores de 18 años)? Sí – Complete abajo
 No – Pase a la pregunta 8

Díganos sobre **cada** trabajo de tiempo completo, de medio tiempo o negocio.

¿Quién trabaja?	Nombre y número de teléfono del empleador o negocio	¿Negocio propio?	¿Cuánto? (muestre ingreso bruto, no lo que se lleva a casa)	¿Con qué frecuencia?
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

8. Otros ingresos

Díganos sobre cualquier ingreso que usted, su esposo, o sus hijos menores de 18 años reciben, como los que se mencionan a continuación.

Tipo de ingreso	Díganos de dónde proviene este dinero o quién lo paga. (nombre, dirección y teléfono)	¿Quién lo recibe?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
Seguro social	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
SSI	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
Desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
Worker's Comp (compensación de trabajadores)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
Manutención infantil	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
Manutención marital	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
Dinero de amigos/familiares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
Algo más (díganos)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	

9. Manutención infantil o marital pagada a personas fuera del hogar

¿Paga usted o su esposo manutención infantil o marital **ordenada por la corte** a personas **fueras del hogar**?

Sí No

Si sí, ¿a quién? _____

Pago mensual \$ _____

10. Cuidado de niños o de adultos

¿Paga usted o su esposo el cuidado de niños o de un adulto **discapacitado** para poder trabajar, ir a la escuela o recibir entrenamiento? Sí No Si sí, explique abajo.

Nombre del niño/s o adulto que recibe el cuidado _____

¿Quién lo paga? _____ ¿Cuánto paga al mes? _____

¿Recibe ayuda para pagarla de alguien o de algún programa? Sí – ¿Cuánto? _____ No

Nombre de la guardería o proveedor de cuidados _____ Número de teléfono (_____) _____

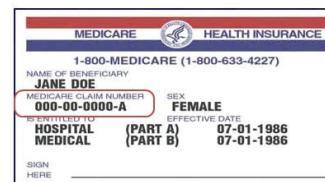
11. ¿Dónde obtuvo esta solicitud de TAKE CHARGE?

- Oficina de Medicaid Hospital o clínica Farmacia Oficina del Doctor Escuela Internet
 Oficina de Family Support (Estampillas de comida) Amigo/familiar Negocio (tienda, trabajo)
 Iglesia Festival/Feria de Salud Línea telefónica gratis Oficina del Seguro Social
 Otro: _____

12. Beneficios de Medicare y por discapacidad

- A. ¿Tiene usted una discapacidad que no le permite trabajar? Sí No
B. ¿Ha tenido usted Medicare? Sí No

La tarjeta de Medicare se ve así.



- C. ¿Ha recibido alguna vez pagos por discapacidad del Seguro Social o de SSI? Sí No



USTED DEBE FIRMAR ABAJO



Al firmar esta solicitud, autorizo al Estado de Louisiana y a sus agentes para que realicen los contactos para verificar la información que he suministrado en esta solicitud. Bajo pena por falso testimonio, certifico que toda la información que he presentado es verdadera. Asimismo, certifico que he recibido y leído los Derechos y responsabilidades que contiene la siguiente página.



Firme aquí: _____

Fecha _____

Si alguien que trabaja para Medicaid completó esta solicitud, ellos firmarán abajo.

Fecha _____

**Por favor envíe esta solicitud a la oficina del programa TAKE CHARGE inmediatamente.
La dirección es P.O. Box 91278, Baton Rouge, LA 70821-9278 y el número de fax 1-877-523-2987.
Nosotros le daremos tiempo adicional para enviarnos los comprobantes si lo necesita.**

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

LO QUE MEDICAID/PROGRAMA TAKE CHARGE TIENE DERECHO A ESPERAR DE USTED

CIUDADANÍA Y ESTADO MIGRATORIO: Usted declara que la información proveída en esta solicitud sobre ciudadanía y estado migratorio es verdadera y correcta.

REPORTE VERAZ: Usted declara que la información que da en la solicitud es verdadera y correcta. Usted entiende que si a propósito da información que no es verdadera o no da toda la información que debe dar, usted y los solicitantes pueden recibir beneficios de salud que no deberían recibir. Si esto sucede puede ser penada legalmente por fraude y también puede ser obligada a devolver a Medicaid/TAKE CHARGE los gastos médicos que Medicaid ha pagado por usted erróneamente.

VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN: Usted entiende que la información que nos da sobre usted y los solicitantes será verificada. Usted está de acuerdo en ayudar a hacerlo y a permitir que Medicaid/TAKE CHARGE obtenga la información que necesita de agencias de gobierno, empleadores, proveedores médicos y otros.

NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL: Usted entiende que los números de seguro social sólo serán usados para obtener información de otras agencias de gobierno para decidir si usted y/o los solicitantes están calificados para Medicaid/servicios de planificación familiar.

PAGOS DE GASTOS MÉDICOS POR UNA TERCERA PARTE: Usted entiende que al aceptar Medicaid/servicios de planificación familiar, el departamento tiene derecho al dinero que usted reciba de otras fuentes como de compañías de seguros o pagos por orden judicial, por servicios que Medicaid/TAKE CHARGE ha pagado por usted y los solicitantes.

REPORTE DE CAMBIOS: Usted acuerda informar a Medicaid/TAKE CHARGE dentro de los primeros 10 días de los siguientes cambios: 1) si alguien que recibe servicios del programa de planificación familiar se muda fuera del estado; 2) si hay cambios en el lugar donde vive o donde recibe su correo; 3) si alguien que recibe servicios del programa de planificación familiar obtiene un seguro médico privado o Medicare; 4) si alguien que recibe servicios del programa de planificación familiar queda embarazada.

EJECUCIÓN DE MANUTENCIÓN INFANTIL: Usted comprende que Medicaid/TAKE CHARGE sólo enviará información de su caso a la oficina de Child Support Enforcement para que obtenga asistencia médica si usted lo solicita.

LO QUE USTED TIENE DERECHO A ESPERAR DE MEDICAID/PROGRAMA TAKE CHARGE

DERECHO A UNA APELACIÓN: Usted comprende que puede pedir una audiencia si piensa que la decisión tomada en su caso es injusta, incorrecta o es tomada muy tarde.

NO DISCRIMINACIÓN: Usted comprende que Medicaid/PROGAMA TAKE CHARGE no puede tratarlo diferente por razones de raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas. Si piensa que se ha hecho, puede llamar a: U.S. DHHS Regional Office for Civil Rights en Dallas, TX al 1-800-368-1019 o escribir a: Louisiana's Department of Health & Hospitals, Human Resources, P. O. Box 4818 Baton Rouge, LA 70821-4818.

Envíenos los siguientes comprobantes

Copias de todas las tarjetas de seguro médico (frente y reverso)

Si usted no es ciudadano/a de los Estados Unidos envíe copias de las tarjetas de residencia permanente (green cards) u otros documentos de la Oficina de servicios de migraciones de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services).

Si usted no nació en Louisiana Y nunca ha recibido beneficios de discapacidad de la Oficina del seguro social, Ingreso de seguridad suplemental (SSI), o Medicare, envíenos comprobantes de ciudadanía de los Estados Unidos como: acta de nacimiento, souvenir del acta de nacimiento del hospital, pasaporte de los Estados Unidos, o papeles de adopción. **Si usted no tiene ninguno de estos documentos, pregúntenos sobre otros papeles que puede utilizar.**

Talones de cheques del último mes que muestren el salario bruto (antes de los impuestos) o una carta del empleador. Si tiene su propio negocio, envíe copias de los impuestos del ultimo año y las secciones (schedules) adjuntas – **para usted, su esposo/a y sus hijos.**

Comprobantes de ingresos brutos (antes de impuestos) de beneficios de veterano, compensación de trabajadores (worker's comp), manutención marital, y cualquier otro ingresos que no sea de un trabajo. Los comprobantes podrían ser cartas de concesión y formulario de impuestos 1099 del año pasado – **suyo, de su esposo/a, y sus hijos**

Declaraciones de amigos o familiares que le dan dinero a usted, su esposo/a, o a sus hijos

Comprobantes de pago por cuidado de niños de la guardería. Comprobantes de pago por cuidados de un adulto del proveedor de los cuidados.

Court order and proof of alimony or child support that you or your husband **PAYS** to someone **outside your home**. **If it is paid through Louisiana Support Enforcement Services (SES), you do not have to send proof – let us know.**